

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ
ДИРЕКЦИЈА

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА
НОВЧАНУ НАКНАДУ ЗА ТЕЛЕСНО ОШТЕЋЕЊЕ И
НОВЧАНУ НАКНАДУ ЗА ПОМОЋ И НЕГУ ДРУГОГ ЛИЦА**

Подносим захтев да ми се призна право на новчану накнаду за телесно оштећење и новчану накнаду за помоћ и негу другог лица и дајем следеће податке:

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА		<small>Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X</small>	
A. ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА			
1. а. ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ			
б. РАНИЈА ПРЕЗИМЕНА (ДЕВОЈАЧКО, ОСТАЛА)			
2. а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)			
б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА (ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)			
3. а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА		_____ (УЛИЦА И БРОЈ) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА) [][][][] _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)	
б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН			
II ПОДАЦИ ЗА ОСИГУРАНИКА			
Наведене податке дајем под материјалном и кривичном одговорношћу:			
1. ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ЗАПОСЛЕЊА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА			
ПОСЛОДАВАЦ КОД КОГА САМ ПОСЛЕДЊИ ПУТ БИО ЗАПОСЛЕН			
НАЗИВ		МЕСТО, УЛИЦА И БРОЈ	КОНТАКТ ТЕЛЕФОН
2. ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА			
ПЕРИОД ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ		МЕСТО - ОПШТИНА	ВРСТА ДЕЛАТНОСТИ
ОД	ДО		
3. ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА			
ПЕРИОД ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ		МЕСТО - ОПШТИНА	
ОД	ДО		
4. КОРИШЋЕЊЕ ПРАВА КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА			
ПЕРИОД КОРИШЋЕЊА ПРАВА			
ОД		ДО	
5. ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ СТАЖ У ИНОСТРАНСТВУ? <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА			



III ЗА КОРИСНИКЕ ПЕНЗИЈЕ	
КОРИСНИК САМ ПЕНЗИЈЕ:	
а) Старосне	<input type="checkbox"/>
б) Инвалидске	<input type="checkbox"/>
в) Породичне	<input type="checkbox"/>

IV УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

А) За осигураника

1. Оригинал медицинску документацију лекара специјалисте о постојању телесног оштећења, потреби неге и помоћи другог лица
2. Оверену фотокопију радне књижице
3. Уверење о обављању самосталне делатности које је издао надлежни орган
4. Доказ о већ оствареном праву код другог органа
5. Пријаву о повреди на раду, уколико је телесно оштећење, потреба за негом и помоћи другог лица настала као последица повреде на раду

Б) За кориснике пензије

1. Оригинал медицинску документацију лекара специјалисте о постојању телесног оштећења, потреби неге и помоћи другог лица
2. Фотокопију личне карте
3. Фотокопију решења о праву на пензију (чек)
4. Доказ о већ оствареном праву код другог органа

У _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА